

O TRATAMENTO DO TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Caio César de Oliveira Soares¹

Marianna Carla Maia Dantas de Lucena²

RESUMO - Este trabalho de conclusão de curso em formato de revisão bibliográfica tem como tema "O tratamento do transtorno obsessivo compulsivo na terapia cognitivo comportamental (TCC)", com objetivo geral de compreender como se dá o tratamento desse transtorno dentro da TCC, explanando quais os desafios, métodos, técnicas e funcionalidade do tratamento. Foram pesquisados artigos publicados nos últimos dez anos, tal como livros base referência no TOC e na TCC, buscando trazer uma revisão bibliográfica assertiva sobre o assunto tratado. Na TCC, as técnicas de exposição e prevenção de respostas (EPR) juntamente com a reestruturação cognitiva construído com o terapeuta através do diálogo socrático, muitas vezes associado à medicamentos, tem uma grande porcentagem (cerca de 70%) de melhoria dos sintomas do transtorno, tal como na qualidade de vida do paciente que é drasticamente afetada por essas obsessões e compulsões que podem levar até mesmo a outros transtornos como a depressão. É notório que hoje a TCC é a terapia mais precisa para o tratamento desse transtorno de ansiedade.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-comportamental. Transtorno Obsessivo Compulsivo. Ansiedade. Obsessões. Compulsões.

THE TREATMENT OF OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER IN COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY

ABSTRACT - This work of course's conclusion in a bibliographical revision format has as the theme "The treatment of obsessive compulsive disorder in cognitive behavioral therapy", with the objective of understanding how treatment of this

¹ Acadêmico do Curso de Bacharelado em Psicologia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNIRN). E-mail: caiocos1@hotmail.com

² Professora Mestra. Orientadora do Curso de Bacharelado em Psicologia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNIRN). E-mail: mariannacarla.lucena@gmail.com

disorder works in the CBT. It explains the challenges, methods, techniques and functionality of the treatment. Articles published in the past ten years, such as reference books about OCD and CBT, were used seeking to bring up an assertive bibliographical revision on the subject matter. At CBT, the techniques of exposure response prevention (ERP) along the cognitive restructuring, constructed with the therapist through the Socratic dialogue, often associated with medications, it has a large percentage (about 70%) of improving the symptoms of the disorder, as in the quality of life of the patient that is drastically affected by these obsessions and compulsions that can lead to even other disorders such as depression. It is notorious that TCC today is the most precise therapy for treating this anxiety disorder.

Key-words: Cognitive Behavioral Therapy. Obsessive Compulsive Disorder. Anxiety, obsessions. compulsions.

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso tem como finalidade compreender melhor o tratamento do TOC na Terapia cognitivo-comportamental, buscando entender melhor seus padrões, desafios, eficácia e técnicas usadas pela abordagem no tratamento do transtorno. Dito isso, o que é o Transtorno Obsessivo Compulsivo?

O TOC é caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões. Obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são vivenciados como intrusivos e indesejados, enquanto compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais que um indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente. (DSM-V, 2014, p. 235)

O TOC, de maneira intrusiva, leva o indivíduo a viver segundo regras rígidas que causam sofrimento acentuado caso essas regras não sejam cumpridas (DSM-V, 2014). Obsessões são pensamentos que invadem a mente de forma persistente e repetitiva (CORDIOLI, 2007). São pensamentos automáticos intrusivos os quais você não tem controle, como por exemplo, aquela “música chiclete” que quando você menos espera está pensando e/ou cantarolando-a, preocupação excessiva

com sujeira; preocupação com simetria, exatidão, sequência, ordem, alinhamento; preocupação excessiva com contaminações; Religião (pecado e culpa); Pensamentos impróprios relacionados a sexo e etc. Pode ser ainda imagens, palavras, frases, números, que mesmo o indivíduo desejando e/ou forçando não consegue se afastar esses pensamentos de sua mente. Já as compulsões, segundo (CORDIOLI, 2007), são comportamentos ou atos mentais voluntários e repetitivos, executados em resposta a obsessões ou em virtude de regras que devem ser seguidas rigidamente. Alguns exemplos de compulsões mais comuns no TOC são lavar as mãos; fazer verificações excessivas; contar; repetir números ou frases; alinhar simetricamente objetos; compulsões mentais (rezar, repetir perguntas) dentre outros. A pessoa que tem TOC tem também comportamento de evitação, ou seja, é uma esquiva do estímulo para evitar que o contato com tal ative sua obsessão. As compulsões tem caráter reforçador visto que ela trabalha em função da obsessão. A obsessão trás o desconforto através do pensamento, e a compulsão alivia o desconforto através de algum ritual (comportamento) (CORDIOLI, 2007).

A Terapia Cognitivo - Comportamental trabalha as cognições correlacionadas ao comportamento, como é dito no parágrafo acima sobre o TOC, obsessão (pensamento) que causa desconforto, que é aliviado pela compulsão (ritual comportamental). O modelo cognitivo comportamental baseia-se na visão que o pensamento interfere diretamente nas emoções e no comportamento, originando-se em modelos baseados na razão, fundamentado na lógica na estrutura do processamento da informação que se dá pelo pensamento e também pelo histórico comportamental (reforços e punições) dadas pelo ambiente, que segundo Wright et al (2008), pode influenciar na origem de crenças, norteadando a vida do indivíduo, que vão assim modelando o comportamento do sujeito, tal qual também a forma de pensar.

*“As crenças que temos sobre nós mesmos, sobre o mundo e sobre o futuro, determinam o modo como nos sentimos: o que e como as pessoas pensam afeta profundamente nosso bem estar emocional.”
(Beck e Kuyken, 2003)*

Este artigo de título “O Tratamento do transtorno Obsessivo Compulsivo na Terapia Cognitivo Comportamental” será apresentado através de uma revisão bibliográfica, visando conhecer mais a abordagem cognitivo comportamental e sua atuação dentro do tratamento do TOC, visto que hoje vários artigos mostram que a TCC é a terapia mais efetiva no tratamento do TOC, mais de 70% dos pacientes hoje podem se beneficiar com a Terapia Cognitivo comportamental no tratamento para este transtorno, segundo Cordioli (2007). Atualmente cerca de 3% da população global apresenta o transtorno obsessivo compulsivo, transferindo para números brutos, mais de 200 milhões de pessoas no mundo que possuem esse transtorno que é o quarto transtorno psiquiátrico mais frequente, segundo dados da OMS (Organização mundial da saúde) e Del-Porto (2001).

Acredita-se como hipótese que a terapia cognitivo-comportamental é o modelo psicoterápico mais eficaz no tratamento do TOC. Dito isto, nesse artigo mostraremos as principais técnicas usadas no tratamento, averiguando quais os desafios, padrões de crença e comportamento, discutindo assim a eficácia da Terapia cognitivo comportamental no Transtorno obsessivo compulsivo, defendendo o ponto de vista a priori citado neste artigo.

2. MÉTODO

Esta pesquisa foi realizada usando os descritores “TOC no TCC”, “Transtorno Obsessivo Compulsivo”, “Tratamento do TOC” e “Terapia Cognitivo Comportamental” no site do google acadêmico, tal como na base de dados do SCIELO (Scientific Eletronic Library Online) e PEPSIC (periódicos eletrônicos em psicologia) com filtros como “TOC”, “Transtorno Obsessivo compulsivo”, “TOC e TCC” “Terapia cognitivo comportamental”, buscando através dos filtros atender a demanda dos objetivos gerais e específico do trabalho, segundo as normas da ABNT. Buscou-se incluir alguns livros base clássicos do tema na literatura, além de alguns artigos dos últimos 10 anos até os dias atuais, delineando as datas em busca de fazer um trabalho com sua base de dados contemporânea, trazendo maior assertividade dos resultados obtidos com a realidade que se tem hoje na nossa sociedade. Dentre os livros pesquisados contém seis (06) livros na língua portuguesa e um (01) na língua espanhola, enquanto os artigos, todos os cinco (05) são na língua portuguesa. O

critério utilizado para a escolha bibliográfica foi seu reconhecimento dentro da literatura, destacando os clássicos da literatura da TCC e do TOC.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

Um sujeito que apresenta o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), apresenta uma série de pensamentos (obsessões) que o levam a comportamentos ou atos mentais (compulsões), sendo a primeira pensamentos intrusivos persistentes e indesejados, enquanto a compulsão se caracteriza por comportamentos repetitivos (p. ex., lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (p. ex., orar, contar ou repetir palavras em silêncio) que o indivíduo se sente impelidos a executar em resposta a uma obsessão de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente (DSM-V, 2014) com o objetivo de sanar o desconforto que seu pensamento causa a si mesmo, a ansiedade. Os primeiros estudos sobre o TOC falavam este desconforto num grupo de pacientes voluntários com obsessões de limpeza e rituais de lavagem, verificavam repetidas vezes se as mãos estavam de fato limpas, demonstrando ansiedade.

Quando eram convidados a tocar em objetos sujos que lhes causavam desconforto, a execução da lavagem das mãos de forma rápida tinha papel de diminuir o nível de ansiedade (HOGDSON E RACHMAN, 1972). Com base nessas observações, nota-se que existia uma ligação entre os rituais e as obsessões, na qual os rituais (compulsões que no exemplo se caracterizou pela lavagem satisfatória) reduzia o desconforto das obsessões (pensamentos automáticos intrusivos e disfuncionais) que acometem sua mente.

3.2 QUAIS AS SUAS CAUSAS?

O Transtorno obsessivo compulsivo é o quarto transtorno psiquiátrico mais frequente segundo Del-Porto (2001), que acomete de 1 a 3% da população mundial segundo a OMS. O TOC pode também acometer crianças e adolescentes, que

geralmente apresentam compulsões não tão comuns na manifestação do TOC nos adultos. As taxas de TOC na adolescência são semelhante à taxa dos adultos, que variam entre 1,9 à 4% (ZOHAR 1999).

Atualmente, existem algumas hipóteses neurobiológicas que explicam o funcionamento do TOC no cérebro, afirmando que existe uma disfunção no circuito orbitofrontalsubcortical (ou circuito cortico-estriado-tálamo-cortical), que conecta regiões do cérebro envolvidas no início de respostas comportamentais implementadas com pouco processamento consciente (FERNANDES & CARVALHO, 2016), ou seja, é como se o comportamento do sujeito não tivesse o nível de consciência desejável para um funcionamento saudável, funcionando como um tipo de “ato reflexo cognitivo-comportamental”. As evidências genéticas mostram que a prevalência de TOC é 4 a 5 vezes maior em familiares de indivíduos que tem o transtorno, tal como também são constatadas alterações da neuroquímica cerebral relacionadas com a serotonina, além dos fatores psicológicos como aprendizagens errôneas e distorções cognitivas que contribuem para o aumento e manutenção da gravidade e dos sintomas do transtorno obsessivo compulsivo (RACHMAN, 1997).

3.3 PRINCIPAIS TIPOS DE TOC

Entre as manifestações mais comuns dos tipos de TOC, estão as preocupações com sujeira ou contaminações em geral, lavagens excessivas, dúvidas obsessivas e verificações compulsivas; obsessões de conteúdo agressivo, sexual ou blasfemo; pensamentos e rituais supersticiosos; obsessões ou compulsões por simetria, ordenação, sequencia ou alinhamento; acumulação compulsiva e transtorno de acumulação (CORDIOLI, 2014).

Nas manifestações do TOC sendo estes por preocupação com sujeira, contaminações em geral, compulsão por limpeza, lavagens excessivas ou evitar contato com certos objetos e/ou substâncias são muito comuns. Rasmussen & Eisen (1992, 1998) revelam que cerca de 50% dos pacientes apresenta algum desses sintomas. Dito isso, alguns subtipos de TOC foram identificados através de estudos científicos mais rigorosos, usando análise fatorial e análise de agrupamento de medidas de sintoma através da Escala Obsessivo-Compulsiva Yale-Brown (Y-BOCS, Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; Goodman et al., 1989a; 1989b),

sendo essa uma escala de classificação de entrevista semi-estruturada que avalia a gravidade das obsessões e compulsões independente do tipo de conteúdo ou dos sintomas (GOODMAN et al., 1989a, 1989b). As Obsessões e Compulsões podem ser amplamente classificadas como contaminação/lavagem, obsessões agressivas/verbais, obsessões puras com compulsões e acumulação (BECK & CLARK, 2010).

Quando, por exemplo, a compulsão por limpeza, pode chegar a lavar as mãos mais de uma centena de vezes ao dia. Tomam banhos demorados, usam de forma demasiada sabonetes, sabões, detergentes ou outros produtos de limpeza. Evitam encostar em maçanetas, utilizar banheiros públicos, ou até mesmo cumprimentar pessoas. Geralmente esse comportamento se dá pelo medo da contaminação, visto que como regra avaliam as situações de maneira exagerada, com um medo demasiado de risco de contaminação grave. Junto às lavações excessivas, é muito comum no paciente com TOC as dúvidas, intolerância à incerteza e verificações (CORDIOLI, 2014). Geralmente, o paciente que tem TOC necessita ter certeza das coisas, e acaba fazendo verificações como uma tentativa de evitar danos a si ou aos outros, como por exemplo verificar se a torneira está bem fechada por medo da casa alagar, ou o fogão do gás não tenha sido desligado por medo de explosão, ou o carro fechado por medo de roubo e assim por diante. Perguntam muitas vezes para as pessoas sobre a mesma coisa (ex.: fechei mesmo a porta do carro?) na necessidade de se assegurar e de compartilhar a responsabilidade, numa tentativa de diminuir a ansiedade e/ou o medo. É chamado este de TOC de verificação, e essas verificações podem ser ainda mentais, como repetir diversas vezes mentalmente o diálogo com alguém na certeza de que nada de errado foi dito, revisar lista várias vezes, entre outros comportamentos (BARLOW, 2002).

Em uma terceira forma de manifestação do transtorno, os pensamentos de conteúdo violentos ou agressivos são comuns no TOC. São pensamentos indesejáveis e perturbadores, envolvendo sexo, agressão, violência ou religião (blasfêmias). Por esse motivo, o indivíduo vigia seus pensamentos na tentativa de saná-los, sem sucesso, aumentando sua frequência (CORDIOLI, 2014). Alguns exemplos desses conteúdos agressivos, violentos ou conteúdo sexual são: Atirar objetos nas pessoas; empurrar alguém de um lugar alto; atropelar no trânsito; molestar uma criança; fazer sexo com irmã ou irmão; olhar fixamente para os órgãos

genitais de outra pessoa. São também comuns pensamentos blasfemos como: fazer sexo com a Virgem Maria, Jesus ou Santos; falar obscenidades durante uma missa; pensar com frequência no demônio e etc. Esses pensamentos que o indivíduo não consegue sanar são acompanhados de sentimentos de angústia, culpa, medo e ansiedade. Um indivíduo religioso que pensar repetidas vezes em cenas de sexo obscenas com alguma divindade tem compulsão de se confessar repetidas vezes na tentativa de diminuir o sentimento de culpa, sensação de perversão ou desvio de caráter.

Já o TOC de simetria se caracteriza por pacientes que perdem muito tempo organizando roupas em razão de cores, tamanhos, necessidades de colocar objetos em uma certa ordem, alinhamento ou sequência que julgar correta (BARLOW & DURAND, 2015). As repetições por contagens, compulsões por simetrias ou sequências são precedidas por um fenômeno sensorial do tipo “tenho que”, ou “*just right*”. Caso não faça as verificações, contagens, alinhamentos ou sequências, são atormentados por pensamentos supersticiosos ou catastróficos que para o paciente são prevenidos – das catástrofes - pelo ritual executado. Exemplos: repetir determinada reza um número exato de vezes; bater na mesa três vezes; passar sabonete no corpo um número exato de vezes durante o banho; sentar e levantar da cadeira e etc. Além disso, existem também os pacientes que armazenam objetos inúteis ou tem compulsão por poupar ou acumular. São pacientes que tem dificuldade para se desvincular de coisas inúteis como jornal velho, revista velha, caixas vazias e outros objetos, guardados geralmente de maneira desordenada, bloqueiam espaços da casa e dificultam seu uso habitual. Esses comportamentos podem ser acompanhados de outros sintomas obsessivos compulsivos (CORDIOLI, 2014).

3.4 MODELO COMPORTAMENTAL

O modelo comportamental fala que essas obsessões se iniciam por condicionamento clássico e mantido por condicionamento operante (CORDIOLI, 2014). O indivíduo que já tem uma sensibilidade seja ela de ordem genética, neuroquímica, psicológica ou neurobiológica, fazem associações de estímulos neutros como banheiros, corrimãos, ou até mesmo pensamentos, com estímulos

incondicionados como medo, nojo, desconforto. Então, a resposta acaba sendo a mesma, generalizando essa resposta a situações ou objetos semelhantes. No condicionamento operante, que consiste geralmente no reforço negativo, o indivíduo aprende novas respostas que reduzem a ansiedade provocada pelo contato ou proximidade com do estímulo condicionado. Geralmente essas novas respostas são rituais ou fugas que neutralizam o desconforto da ansiedade, reforçando assim esses comportamentos (FREESTON & LADOUCEUR, 1997).

3.5 MODELO COGNITIVO

Os modelos cognitivos para ansiedade e pânico serviram como base para o modelo cognitivo do TOC, que de acordo com Beck et al., (1979), as pessoas costumam interpretar as situações como mais perigosas de que de fato são, em função de suas crenças e regras que compõe seu funcionamento psíquico. No TOC, existem seis domínios de pensamento que reforçam as obsessões: O risco, a responsabilidade, o poder do pensamento, a necessidade de controlá-lo, a necessidade de ter certeza e o perfeccionismo (OCCWG, 1997). Esses domínios servem de base para o modelo cognitivo. Um exemplo de domínio de responsabilidade ligado ao pensamento catastrófico é: “Se eu não tocar na madeira três vezes, algo muito ruim acontecerá com minha mãe”. Ou domínio de risco: “Se eu não lavar minhas mãos três vezes de cima pra baixo e entre os dedos, minha mão será amputada por estar muito suja”. Nos indivíduos com TOC tais pensamentos intrusivos são acompanhados de pensamentos automáticos de que algo muito grave pode acontecer, ou de que poderão cometer o que lhes passa pela cabeça (BECK & CLARK, 2012). Dito isso, podemos observamos que:

“(...) existe uma correlação entre a intensidade das crenças e os sintomas obsessivo-compulsivo (Neziroglu et al., 1999; Neziroglu et al., 2006).”

3.6 MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

No Modelo Cognitivo-Comportamental de Salkovskis e colaboradores (2000) desenvolveram um modelo para os fenômenos obsessivos-compulsivos, que são resumidos da seguinte forma:

- 1) As ocorrências espontâneas, normais e universais do cotidiano de fenômenos intrusivos que interrompem o fluxo normal do pensamento e fazem parte da atividade cognitiva usual em geral são neutros. Entretanto, podem vir acompanhados de alterações de humor: angústia, depressão, aflição. Tais intrusões em si não tem nenhuma conotação prazerosa, mas em função de sua avaliação podem adquirir tom positivo, negativo ou neutro. Esse processo acaba por formar a base para que pessoas vulneráveis (genética, neuroquímica, experiências infantis), de regras próprias muito estritas, especialmente sensíveis a infrações, exigentes na correção ou em preveni-las, desenvolvam posteriormente um quadro obsessivo.
- 2) Esses indivíduos acometidos por essas ocorrências espontâneas e particularmente sensíveis em função de crenças e regras pré-existente, interpretam de forma automática e atribuem um significado, geralmente de responsabilidade por uma indicação qualquer de perigo a si ou a outros, tendo então que fazer alguma coisa para impedir que algo aconteça. Tais intrusões tornam-se cada vez mais intensas, frequentes e involuntárias, aumentando o desconforto.
- 3) Como consequência, aumenta-se o desconforto emocional (ansiedade, apreensão, culpa, depressão, medo, etc), tornando-se cada vez mais hipervigilante e compulsivas.
- 4) Surge então as compulsões cada vez mais severas, na tentativa de neutralizar o desconforto e eliminar a responsabilidade sobre o evento catastrófico que “há de acontecer caso aquele comportamento não seja executado”. São atos voluntários, e que cada vez mais os critérios vão tornando-se inatingíveis, aumentando ainda mais o grau de preocupação, levando a novas obsessões e rituais. Podem ser manifestos ou encobertos (rituais ou evitações mentais).
- 5) O alívio temporário do desconforto pela diminuição da responsabilidade percebida e o maior controle dos pensamentos, aumentam as chances de novos comportamentos de neutralização, impedindo assim que

o paciente enfrente as compulsões, surgindo novas compulsões, obsessões, perpetuando assim o comportamento do transtorno.

Na imagem 1.1 abaixo, segue o modelo cognitivo comportamental de Salkovskis:

Modelo Cognitivo Comportamental



3.7 CRENÇAS E DISFUNÇÕES COGNITIVAS DO TOC

No Transtorno Obsessivo Compulsivo existem algumas disfunções cognitivas características do transtorno, como excesso de responsabilidade, a avaliação excessiva do risco, dúvidas excessivas e etc, segundo Torres (1998). Para ajudar a distinguir o TOC de outros transtornos, o Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) determinou os mais importantes domínios de crenças relacionadas ao transtorno. São esses: **Responsabilidade excessiva; exagerar a importância dos pensamentos; Preocupação excessiva com o controle dos pensamentos; Superestimar o perigo e o risco; Intolerância à incerteza; Perfeccionismo.**

A **responsabilidade excessiva** é a crença de que o sujeito tem influência e responsabilidade total de prevenir ou provocar alguma situação catastrófica, consigo ou com o outro. É uma sensibilidade especial a omissões e falhas, que leva os portadores de TOC a serem muito cuidadosos (RHÉAUME, 1995; SALKOVSKIS, 1997a). Crenças típicas: "Não agir para evitar um evento que cause dano é tão condenável quanto cometê-lo"; " Se eu não verificar o gás várias vezes, pode ocorrer um incêndio e a culpa será minha".

No segundo domínio, **exagerar a importância dos pensamentos**, é a crença de que a presença do pensamento o faz importante. Entra no domínio do pensamento mágico de achar que tem o poder de impedir desfechos negativos futuros executando rituais, ou fusão do pensamento e ação que é achar que o simples fato de pensar no acontecimento aumenta a possibilidade daquilo pensado acontecer. Determina um excesso de culpa e acaba sendo gatilho para rituais de verificação e neutralização. Exemplo para isso seria: “Ter pensamentos violentos me forma um assassino em potencial”, ou “Se eu fizer todos os meus atos em números pares nada de ruim vai acontecer”.

Na **preocupação excessiva do controle de pensamentos**, que Clark e Purdon (1993) propuseram que uma das disfunções principais do TOC é a tendência a supervalorizar a importância de exercer um controle completo sobre pensamentos, imagens, impulsos, e a crença de que isso é tanto possível como desejável, acabando por aumentar a vigilância, a aflição e a frequência das intrusões. Exemplo: “Ter pensamentos indesejáveis significa ter perdido o controle!” “Devo saber sempre o que se passa na minha cabeça, pois só desta maneira eu posso controlar meus pensamentos...”.

A crença de **‘superestimar o perigo ou risco’** é certamente a crença mais comum do TOC. O pensamento disfuncional vai levar o sujeito a acreditar que os eventos serão catastróficos e de alta probabilidade de acontecer, e que ele tem uma responsabilidade sobre aquilo. Exemplo: “Se não fechar a torneira direito, certamente minha casa ficará inundada”.

No domínio da **intolerância à incerteza**, nota-se que o paciente que detém o transtorno tem muitas dificuldades de tomar decisões, e necessitam sempre que a informação ou reasseguram-no sejam repetidos, por ter necessidade de ter certeza, de ter pouca capacidade de lidar com mudanças imprevisíveis, e a dificuldade de funcionar adequadamente em situações inevitavelmente ambíguas. Um exemplo disso é lavar as mãos repetidas vezes, para ter certeza de que as mãos estarão devidamente limpas.

No domínio do **perfeccionismo**, (OCCWG, 1997) afirma que os pacientes colocam a si metas exigentes – e em alguns momentos inatingíveis –, visto que acreditam que a solução perfeita está em fazer coisas perfeitas, verificando que acabam por intensificar e aumentam a tensão por sentirem uma grande responsabilidade sobre os eventos negativos, influenciando a percepção pessoal

sobre os eventos. Ex.: “Se eu não arrochar o parafuso dessa cadeira 12 vezes, a pessoa que se sentar cairá e se machucará feio”.

3.8 TECNICAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS PARA O TRATAMENTO DO TOC

A Terapia cognitivo-comportamental utiliza tanto de intervenções comportamentais como cognitivas. A principal técnica comportamental usada é a EPR (exposição e prevenção de respostas) – é eficaz em mais de 70% dos pacientes que aderem ao tratamento –. Entretanto, é interessante o uso da psicoeducação, e da conceituação cognitiva antes do uso da EPR, tendo como objetivo treinar o paciente a identificar os pensamentos automáticos e regras, buscando encontrar estratégias para lidar com episódios de ansiedade. Na psicoeducação o terapeuta faz breves explicações sobre o modelo cognitivo-comportamental, a natureza dos pensamentos automáticos, e como eles influenciam a emoção e o comportamento. Além de diminuir o risco das recaídas (WRIGHT et al., 2009), observou-se que nesse processo o paciente mostrou um aumento na motivação e da compreensão do processo psicoterápico.

Nas intervenções cognitivas usa-se bastante o registro diário de pensamentos disfuncionais e especialmente o questionamento socrático na tentativa de quebrar o padrão das crenças, identificando e modificando os pensamentos disfuncionais, crenças intermediárias e centrais relacionadas ao TOC, atuando para a reestruturação cognitiva do paciente. No modelo cognitivo é importante a identificação e registro de pensamentos e crenças disfuncionais, visto que o paciente entenderá melhor seus padrões de pensamento e poderá assim identificar quais gatilhos, emoções, comportamentos e pensamentos disfuncionais o acomete, ajudando no combate ao transtorno. Para ajudar nessa tarefa que é importante, usa-se o RPD (registro de pensamentos disfuncionais). No RPD, o paciente registra a situação, pensamento, emoção e comportamento de uma de uma circunstância que ativou o seu ciclo OC. Segue abaixo na imagem 1.2 um modelo de RPD que pode ser utilizado no tratamento contra o TOC:

RPD modelo TOC

DIÁRIO DE SINTOMAS

Grau de perturbação:

- 0 – Nenhuma perturbação
- 1 – Leve perturbação
- 2 – Moderada perturbação
- 3 – Muita perturbação
- 4 – Perturbação extrema, incapacitante

Identificação de crenças

- a) Exagerar o risco
- b) Exagerar a responsabilidade
- c) Exagerar o poder do pensamento e a necessidade de controlá-lo
- d) Fusão de pensamento e da ação
- e) Pensamento mágico
- f) Necessidade de ter certeza
- g) Perfeccionismo

Data Hora	Situação	Pensamento Automático	O que senti foi ...?	O que eu fiz foi ...? (ritual, evitação)	Grau	Nº de repetições Tempo perdido	Crença
23/03 14:52	Chegar da rua em casa	Posso trazer doenças para dentro de casa	Medo	Verifiquei a sola dos sapatos	2	4 verificações 18 minutos	A

Fonte: Adaptado de Beck & Clark (2009).

Uma técnica usada também comumente é o exame de evidências, que é quando o terapeuta tenta confrontar com o paciente os dados de realidade com os pensamentos disfuncionais dele (LEAHY, 2006), com perguntas confrontativas do tipo: “Quais evidências comprovam os medos que tem?”; “Se tocar numa maçaneta, você será contaminado por alguma bactéria letal?”; “Quantas pessoas tocam na maçaneta e morrem?”; “Você já viu isso acontecer alguma vez?”; Existem “evidências contrárias ao o que você pensa?”. Vale ressaltar também que no modelo cognitivo o questionamento socrático, que vai nessa linha de intervenção, questionando as certezas, as evidências, os pensamentos e outros fatores cognitivos, tem papel fundamental para auxiliar o paciente a reconhecer e reestruturar o pensamento desadaptativo, (WRIGHT et al., 2009).

Nos pacientes que apresentam TOC de verificação, o terapeuta pode aprofundar o questionamento socrático na tentativa de quebrar o pensamento dicotômico e questionar a necessidade de certeza do paciente, buscando diminuir essas verificações. Nos pacientes que tem medo de contaminação, uma técnica proposta por Salkovskis é a técnica das duas teorias. O terapeuta instiga a capacidade de insight do paciente através de duas explicações sobre algum

fenômeno de contaminação totalmente diferentes, e pede ao paciente para que o paciente opte por uma delas. Esta técnica interventiva pode ser usada também com o intuito de corrigir medos e crenças erradas, pensamentos obsessivos de conteúdo inaceitável, fusão do pensamento e da ação -o qual o paciente acredita que pensar indica o alto risco de cometer seu pensamento (CORDIOLI, 2014). Segue abaixo na imagem 1.3 uma maneira de intervir através da técnica sugestionada:

TEORIA A

Você chegou em casa, está contaminado e precisa lavar as mãos. Se você não lavar, contaminará toda sua família, podendo matar as pessoas que convivem com você. Pelo resto da vida você precisará lavar as mãos muitas vezes.

TEORIA B

Você é uma pessoa sensível ao medo de ser contaminado pelo fato de ter TOC e acaba reagindo de maneira excessiva, como por exemplo lavando as mãos 5 vezes todas as vezes que chega em casa.

Qual das duas alternativas é mais provável? Você já pensou em considerar a Teoria B? Qual história tem a maior probabilidade de ser a verdadeira? Quantas pessoas você já viu chegar em casa e pelo fato de não lavar as mãos, contaminar e matar as pessoas da família?

Fonte: adaptado de Cordioli (2014).

Uma forma de questionar excessos de responsabilidades é usando a técnica do Exercício do Tribunal (ou do Juri). Com a crença de que ele é sempre culpado das situações ou tem grande responsabilidade, o terapeuta pede para o paciente ser seu próprio Juri. Entretanto, ele terá que provar sua culpa, mostrando evidências reais e sólidas de que é de fato o culpado da situação ou se foi intencionado em cometer determinada falha que está se acusando nas obsessões (LEAHY, 2006). Inicialmente ele é o promotor do caso, incriminando a si mesmo. Logo após, o terapeuta o convida a ser o advogado de defesa de si próprio, finalizando o caso sendo seu próprio Juri. Outra técnica que auxilia na quebra da crença da responsabilidade excessiva é a da Pizza ou Torta da possibilidade. Na técnica, o terapeuta pede para o paciente elaborar uma espécie de gráfico de pizza, elencar os elementos que podem ter contribuído para o fato ter ocorrido, em seguida, atribuir percentuais equivalentes a cada fator citado, colocando as fatias proporcionais a porcentagem dada (LEAHY, 2006). Ao final do exercício, o paciente se dará conta

que sua contribuição foi mínima para que o fato que o atormenta tenha ocorrido, e que existem outros fatores que, juntos, tem mais responsabilidade sobre o fato que ele próprio.

Para as crenças de superestimar o perigo ou o risco, crenças que se embasam geralmente no pensamento catastrófico – muito comum no TOC -, duas técnicas podem ser muito interessantes na sua correção cognitiva: A seta descendente e os experimentos comportamentais. Na seta descendente, o psicólogo irá estimular o pensamento disfuncional do paciente na tentativa de mostrar o quão absurdo é seu pensamento, e que a probabilidade de acontecer é mínima ou nula. Segue exemplo imagem 1.4 abaixo:

SETA DESCENDENTE

O Paciente com TOC estava jogando bola quando um colega caiu, ralou o joelho no chão e acabou sangrando. Ao perceber que havia entrado em contato com o suor desse colega, julgou a si mesmo:

P: Ele tem HIV!

T: E Daí?

P: Entrei em contato com ele, estou contaminado!

T: E se for verdade, o que vai acontecer?

P: Posso passar pra minha esposa!

T: E depois?

P: Posso passar para meus filhos, meus amigos, pessoas próximas.

T: E se isso acontecer?

P: Todas as pessoas ao meu redor irão morrer.

Fonte: Adaptado de Leahy (2006).

Já os experimentos comportamentais, o terapeuta irá desafiar na prática os pensamentos obsessivos catastróficos, que é também uma forma de exposição e prevenção de respostas. Para tal técnica, o terapeuta deve orientar o paciente a se portar como um cientista durante a técnica, considerando seus pensamentos catastróficos ou crenças disfuncionais como hipóteses e não certezas (CORDIOLI, 2014).

Após esse primeiro passo, usa-se a Exposição e Prevenção de Respostas (EPR). O terapeuta pede para o paciente enfrentar os estímulos que a causam ansiedade de maneira gradativa, inicialmente em nível de imaginação e posteriormente expondo o paciente ao fator ansiogênico. O terapeuta pode elaborar junto ao paciente uma tabela com os estímulos que mais o causa ansiedade, medo, ou qualquer que seja o gatilho para a obsessão, enfrentando os estímulos do menos difícil ao mais difícil. Ao repetir, os pacientes percebem que seu pensamento catastrófico não se realizou, e isso vai quebrando seus pensamentos e comportamentos disfuncionais, levando a habituação e extinção (BECK & CLARK, 2012).

Algumas técnicas comportamentais são funcionais no tratamento como a modelação, que é a aprendizagem por observação, o terapeuta pode se expor propositalmente ao estímulo que o paciente avalia como perigoso na intenção do paciente observar que nada de ruim acontece com ele. Na adequação de tarefas e tempos na lentidão obsessiva, o terapeuta acorda com o paciente tempos adequados para atividades simples como banho, escovar dentes, se vestir e outras atividades, na tentativa de levar o paciente a uma vivência mais saudável do cotidiano. É importante a ajuda dos familiares com a sinalização das metas e dos tempos, na tentativa de que esse se aproxime ao máximo do que foi combinado. Pode usar também lembretes psicoeducativos na tentativa de corrigir pensamentos automáticos disfuncionais, ou até mesmo relacionados às regras da terapia de EPR, buscando sempre controlar medos e comportamentos de esquiva. Exemplo de lembretes pode ser: “Enfrente coisas de que você tem medo tão frequentemente quanto possível”.

A técnica PARE busca interromper rituais mentais, ruminações obsessivas e neutralizações. Ele pode ser utilizado junto de técnica de distração associada. Por exemplo, quando o paciente perceber que vai começar a fazer rituais mentais, pode repetir em voz alta “Pare!” e tentar desviar o foco, como ligar pra um amigo, ver televisão, escutar música, ou algo que desvie o foco de sua atenção. A eficácia dessa técnica é discutível, mas mostra-se útil para alguns pacientes (CORDIOLI, 2014).

3.9 A “PSICOCIRURGIA”

A “psicocirurgia” ou neurocirurgia para transtornos psicológicos são utilizado em casos graves de TOC que o paciente não se beneficiou do tratamento medicamentoso ou psicológico (BARLOW & DURAND, 2015). Após uma cirurgia específico no feixe cingulado (cingulotomia), aproximadamente 30% dos pacientes se beneficiaram da intervenção cirúrgica. Existem também a intervenção por estimulação cerebral profunda, no qual eletrodos são inseridos no crânio e são conectados a uma espécie de marca-passo no cérebro. Os resultados são semelhantes ao da cirurgia clássica, a única diferença é que essa última intervenção comentada é reversível (MCLAUGHLIN & GREENBERG, 2012).

3.10 PRINCIPAIS DESAFIOS DA TCC NO TOC

No tratamento do transtorno, cerca de 30% dos pacientes não se beneficiam do tratamento, sendo por motivo aparente a não adesão dos pacientes à terapia cognitivo-comportamental. (KOZAK, LIEBOWITZ & FOA, 2000). É notório que a terapia cognitivo-comportamental tem baixa eficácia quando o paciente em tratamento está com sintomas graves e incapacitantes, com ausência de insight e motivação para o tratamento que é colaborativo na TCC. Também dificulta-se o processo quando o paciente apresenta eventuais comorbidades como depressão, transtorno bipolar, psicoses e etc. Além das dificuldades já citadas, muitos apresentam dificuldades para aderir aos exercícios e os abandonos eram comuns. Erros de avaliação e crenças disfuncionais podem não apenas dificultar o processo psicoterápico, como manter e surgir novos sintomas (CORDIOLI, 2014). Além dos desafios já citados, um outro problema da TCC é o custo elevado do tratamento, tratamento de difícil acesso à população de baixa renda.

3.11 EFICÁCIA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DO TOC

Estudos comprovam a eficácia da TCC (técnicas de EPR + técnicas cognitivas) em mais de 70% dos pacientes quando esses aderem ao tratamento (MARKS et al., 1975). Apesar de o TOC ser tratado através de medicamentos, estudos mostram que as recaídas são menos frequentes quando o paciente está em psicoterapia cognitivo comportamental (SIMPSON et al., 2004). Não obstante da importância do uso dos medicamentos inibidores de receptação de serotonina, a psicoterapia na TCC tem papel fundamental no tratamento do TOC, visto que estudos mostram que em longo prazo a TCC é mais efetiva que apenas o tratamento com uso de sertralina (ASBAHR et al. 2005). Por ser um transtorno crônico de etiologia neuropsiquiátrica e pela possibilidade de que fatores genéticos concorram, as recaídas são episódios comuns no tratamento do transtorno, entretanto quando o paciente apresenta a melhora total dos sintomas, as recaídas passam a ser mais raras e espaçadas. É importante um tipo de tratamento preventivo a longo prazo de manutenção para evitar as recaídas. Apesar disso, a TCC continua sendo a terapia mais efetiva. Pesquisas mostram que a maioria dos pacientes consegue, com a TCC, redução significativa dos sintomas (BECK & CLARK, 2012).

CONCLUSÃO

Estudos comprovam a eficácia da TCC (técnicas de EPR + técnicas cognitivas) dos pacientes quando esses aderem ao tratamento. Apesar do TOC ser tratado através de medicamentos, estudos mostram que as recaídas são menos frequentes quando o paciente está em psicoterapia cognitivo comportamental (SIMPSON et al. 2004). Não obstante da importância do uso dos medicamentos inibidores de receptação de serotonina, a psicoterapia na TCC tem papel fundamental no tratamento do TOC, visto que estudos mostram que em longo prazo a TCC é mais efetiva que apenas o tratamento com uso de medicações . Por ser um transtorno crônico de etiologia neuropsiquiátrica e pela possibilidade de influência de fatores genéticos, as recaídas são episódios comuns no tratamento do transtorno, entretanto quando o paciente apresenta a melhora total dos sintomas, as recaídas passam a ser mais raras e espaçadas. É importante um tipo de tratamento

preventivo a longo prazo de manutenção para evitar as recaídas. Apesar disso, a TCC continua sendo a terapia mais efetiva.

Esse artigo de revisão narrativa não utiliza critérios sistemáticos para busca e análise crítica da literatura. Tendo em vista uma maior precisão de pesquisa, esse estudo pode ter prosseguimento como revisão integrativa sendo elaborado com rigor metodológico para qual, combinando dados da literatura empírica e teórica e de outras áreas, ampliando as possibilidades de análise, sendo direcionado para elaboração de novos conceitos e conclusões, possibilitando maior completude de pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.

Barlow, David H. **Psicopatologia: Uma abordagem integrada**/ David. H Barlow, Mark R. Durand; tradução Noveritis do Brasil; revisão técnica Thais Cristina Narques dos Reis. 2 ed. – São Paulo: Cengage Learning, 2015.

Beck, J. S. **Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática**. 2ª Ed. Porto Alegre. Artmed, 2015.

Clark, D. A., & Beck, A.T. (2010a). **Cognitive Therapy of Obsessive-Compulsive Disorder**. In D. A. Clark & A.T. Beck (Eds.), *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice* (pp. 446-490). New York: The Guilford Press.

CORDIOLI, Aristides Volpato; DE SOUZA VIVAN, Analise; BRAGA, Daniela Tusi. **Vencendo o Transtorno Obsessivo-Compulsivo-: Manual de Terapia Cognitivo-Comportamental para Pacientes e Terapeutas**. Artmed Editora, 2016.

CORDIOLI, Aristides Volpato. **TOC - Manual da terapia cognitivo-comportamental: Para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 452 p.

CORDIOLI, Aristides Volpato. **TOC - Manual de Terapia Cognitivo-Comportamental: Para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo**. Porto Alegre: Artmed, 2006. 240 p.

FERNANDES, Priscila Assumpção; CARVALHO, Marcele Regine de. **Alterações Neurobiológicas Verificadas a partir do Tratamento com Terapia Cognitivo-comportamental no Transtorno Obsessivo-Compulsivo**. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília , v. 32, n. 2, e322215, 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722016000200217&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Apr. 2017. Epub Oct 27, 2016.

GOMES, Juliana Braga et al . **Terapia cognitivo-comportamental com intervenção familiar para crianças e adolescentes com transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão sistemática**. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, Porto Alegre , v. 33, n. 2, p. 121-127, 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082011000200010&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Apr. 2017.

LEAHY, Robert L.. **Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PRAZERES, Angélica Marques; SOUZA, Wanderson Fernandes de; FONTENELLE, Leonardo F. **Terapias de base cognitivo-comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo: revisão sistemática da última década**. Rev Bras Psiquiatr, v. 29, n. 3, p. 262-70, 2007.

SOARES NETO, Eduardo Batista; TELES, João Batista Mendes; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Sobrecarga em familiares de indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo**. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo , v. 38, n. 2, p. 47-52, 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832011000200001&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Apr. 2017.

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental**. Artmed Editora, 2009.

AUTORES

Caio César de Oliveira Soares – Graduando do curso de Psicologia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNIRN, Natal-RN.

Marianna Carla Maia Dantas de Lucena – Doutoranda do programa de pós-graduação em Ciências da Saúde/UFRN. Especialista em Psicologia da Saúde, Desenvolvimento e Hospitalização. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Mestre pelo programa de Pós-Graduação em Psicologia na UFRN. Docente em psicologia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNIRN, Natal-RN.

Endereço para Correspondência: Rua Pedro Targino, 151. CEP: 59062-160, Bairro: Nossa Senhora do Nazaré, Natal-RN/Brasil. E-mail: caiocos1@hotmail.com